

دستورات

لطفاً قبل از اینکه تقاضانامه را شروع کنید بخوانید

برای موارد زیر مدرک هویت لازم نیست

- شخصی که در یک نهاد قرار دارد
- کودکان در یک خانواده، در صورتیکه هویت یکی از والدین مشخص شده است
- کودکانی که برای خدمات اجازه صغیر درخواست Medi-Cal میکنند
- همسر شخصی که هویت او تأیید شده است.

بخش 2

در مورد شخصی که در بخش 1 ذکر شده است به ما بگوئی، همچنین خانواده او و کودکانی که از آن مراقبت میکند.



چه کسی بعنوان شخص بالغ به حساب میآید؟

- ashxas 21 salه و بالاتر

ashxas که زیر سن 21 سال هستند و در خانه والدین خود یا شخص مراقبت کننده خویشاوندی زندگی نیکنند و بعنوان وابسته در مالیات شامل نمیشوند.

چه کسی بعنوان کودک به حساب میآید؟

تمام کودکان تنی و فرزند خوانده زیر سن 21 سال که در خانه زندگی میکنند.

تمام کودکان طبیعی و فرزند خوانده بین سنین 18 و 21 سال، که دور از خانه زندگی میکنند و در مالیات شامل شده اند

تمام فرزندان ناتنی زیر سن 21 سال که در خانه زندگی میکنند

سوال 15:

نام خانوادگی، نام اول و نام وسط هر شخصی که در خانه زندگی میکند، بنویسید

بخش 1

در مورد شخص، خانواده اش یا کودکانی که تحت مراقبت‌شان هستند و برای خودش Medi-Cal میخواهد به ما بگوئید.

سوالات 1-8:

نام، نشانی منزل و شماره تلفن شخصی که Medi-Cal میخواهد یا والد/مراقبت کننده کودکان Medi-Cal میخواهد.



سوالات 9-13:

شماره تلفن را وارد کنید و نشانی پستی (اگر از نشانی منزل در #2 فرق دارد) شخصی که Medi-Cal میخواهد بنویسید. این نشانی است که تمام اطلاعات در مورد تقاضانامه و مزایای بهداشتی - درمانی ارسال خواهد شد.

سوالات 14A-B:

زبانی را که به بهترین نحو صحبت میکنید/یا میخوانید بنویسید.

مدرک هویت را ارسال دارید. در خانواده فقط یک نفر (والد یا مراقبت دهنده) لازم است که مدرک هویت تهیه کند. فتوکپی یکی از مدارک هویت را ارسال دارید:

تصدیق رانندگی کالیفرنیا

کارت هویت صادر شده از طرف اداره راهنمائی و رانندگی (Department of Motor Vehicles)

مدرک شهروند بودن آمریکا یا کارت سبز

کارت هویت مدرسه

گواهی تولد

مدرک ازدواج

کارت سوشنل سکیوریتی که دارای شماره سوشنل سکیوریتی باشد

حکم طلاق

کارت شغل (Work badge)، کارت اجازه ورود به ساختمان

مدارک فرزند خوانندگی

حکم دادگاه در مورد تغییر نام

عضویت در کلیسا یا تأیید گواهی غسل تعمید

بخش 2 ادامه

سؤال 16:

هر شخصی به چه طریقی به شخص ذکر شده در بخش 1 نسبت دارد؟ مثال: خود، زن، شوهر، پدر-مادر بزرگ، دوست، دختر، فرزند ناتنی، پسر خاله، و غیره

سؤال 17:

نشانی کامل را بنویسید، اگر از نشانی ذکر شده در بخش 1 فرق دارد. مثال: فرزند کالج میرود و در مدرسه زندگی میکند.

سؤال 18:

جنسیت هر شخص را مشخص کنید. هر شخص را مشخص کنید.

سؤال 19:

وضع تأهل هر شخصی که ذکر شده است مشخص کنید.

سؤال 20:

نام همسر هر صفيرازدواج کرده ای که در خانه زندگی میکند بنویسید. هر نوع درآمد همسر باید در بخش 4 ذکر شود.

سؤال 21:

ماه، روز، و سال تولد هر شخص را بنویسید.

سؤال 22:

اگر شخص حامله است به ما بگوئید. اگر «آری» است تاریخ وضع حمل را بگوئید.

مدرک حامله بودن را از طریق مطب پزشك یا درمانگاه در عرض 60 روز از تاریخ تقاضا کردن برای ادامه دریافت مزایای Medi-Cal کامل ارسال دارید. اگر فقط خدمات مربوط به حاملگی میخواهید، لازم نیست تأییدیه بفرستید.

سؤال 23:

اگر شخص «نابینا» میباشد یا بیماری بدنی یا فکری دارد، و انتظار دارد که حد اقل 30 روز ادامه پیدا کند، «آری» را علامت بگذارید. اگر شخص قادر به کار کردن نیست، «آری» را علامت بگذارید، و اگر اعلام از کار افتادگی کرده است، خانه ای را که به بهترین وجه شرح میدهد که شخص برای چه مدتی قادر به کار کردن نخواهد بود علامت بگذارید. این به ما کمک میکند که تصمیم بگیریم که آیا ممکن است که برای Medi-Cal بر مبنای از کار افتادگی واحد شرائط باشید یا نه.

سؤال 24:

گر کسی تا بحال کمک نقدی، SSI، کوپون غذائی یا Medi-Cal دریافت کرده است به ما بگوئید. این به ما کمک میکند که اداره محلی رفاه قبل از اینکه از شما اطلاعات را درخواست کند، اطلاعات لازمه را تأیید کند. اگر «آری» را علامت گذارید، تحت نامی که مزایای را دریافت کردید به ما بگوئید.



سؤال 25:

اگر تا به حال Medi-Cal دریافت گرده اید، شماره کارت هویت مزایای Medi-Cal (BIC) را اگر دارید به ما بگوئید.

شماره کارت هویت
Medi-Cal
مزایای (BIC) شما را میتوان
در اینجا پیدا کرد.

سؤال 26:

اگر برای این شخص درخواست مزایای Medi-Cal میکند «آری» را علامت بگذارید.

سؤال 27:

اگر خارج از کالیفرنیا خانه دارید یا میخرید، به ما بگوئید. سؤال شما به ما کمک میکند تا اقامت شما را مشخص کنیم.

مدرک اقامت در کالیفرنیا را ارسال دارید. اگر درآمدتان از کالیفرنیا نیست، مدارک دیگر اقامت را ارسال دارید. برای مثال: رسید کرایه خانه، صورت حساب آب و برق، یا مدارک مدرسه فرزندتان را ارسال دارید.

بخش 3

در مورد **تمام** کودکان در بخش 2 پاسخ بدهید.

سؤال 28:

نام مادر طبیعی یا مادر خوانده هر کودک را بنویسید. خانه مربوطه به اینکه مادر شاغل است، از کارافتاده، بی کار، فوت کرده یا از خانه غایب است، علامت بگذارید.

سؤال 29:

نام مادر طبیعی یا پدر خوانده هر کودک را بنویسید. خانه مربوطه به اینکه مادر شاغل است، از کارافتاده، بی کار، فوت کرده یا از خانه غایب است، علامت بگذارید.



بخش 4

تمام درآمد/پولی که شخص ذکر شده در بخش 2 دریافت میکند، بنویسید.

سئوال 30 و 31:

از خط جدگانه ای برای هر شخصی که پول دریافت میکند استفاده کنید. اگر شخص از دو جای متفاوت پول دریافت میکند، از دو خط جدگانه استفاده کنید.

مثال: اگر متلاصی دو کار دارد، برای گزارش درآمد ایشان برای هر کار از یک خط استفاده کنید.

سئوال 32:

مبلغ پول را که هر بار دریافت میکنید، بنویسید.

مثال: اگر هر هفته پول دریافت میکنید، مبلغ هفتگی را در این خانه بنویسید.

اگر مبلغ پول گاهی تغییر میکند، مبلغ متوسط را که بطور معمولی دریافت میکنید، بنویسید.

ما از ته چکها و مدارک دیگری که به ما میدهید، استفاده میکنیم تا مبلغ درست درآمد ماهانه را تعیین کنیم.

اگر اطلاع دارید که درآمد خانواده تان در چند ماه آینده به علت اضافه کار، ترفیع، افزایش در حقوق پرداختی، افزایش انتظار رفته در مبلغ پرداختی برای کودک/نفره، اخراج، مرخصی موقتی از کار، و غیره، افزایش یا کاهش پیدا کند، در صفحه جدگانه ای شرح دهید.

مثال: درآمد ناخالص ماریا از این چک 1000 دلار است، اما درآمد معمولی ماهانه او 800 دلار میباشد. در صفحه شرح دهید که چک درآمد ماریا شامل 200 دلار اضافه کار بوده، یا مبلغ نقدی بعنوان پاداش و اضافه کار چند وقت طول خواهد کشید یا چند وقت به چند وقت ایشان پاداش دریافت میکند.

سئوال 33:

چند وقت به چند وقت این پول را دریافت میکنید؟

مثال: ماهانه (ماهی یکبار)، هفتگی (هفته ای یکبار)، دوهفته یکبار (هر دو هفته یکبار)، دو ماهی یکبار (هر دو ماهی یکبار)، یا روزانه (هر روز).



مستند سازی درآمد

• مدرک درآمد را ارسال دارید. آخرین ته چک حقوق خود را ارسال دارید. اگر ته چک حقوق در دسترس نباشد، از کار فرمای خود مدرک امضاء شده ای را دریافت کنید. درآمد ناخالص و تاریخ هائی که دریافت کرده ایدباید در این مدرک ذکر شود.

یا

• اظهارنامه مالیاتی درآمد فدرال برای سال گذشته.

یا

مدرک دیگر در مورد درآمد که لازم است ارسال دارید:

• اگر شخصی شغل آزاد داشته باشد، اظهارنامه مالیاتی درآمد فدرال سال گذشته را ارسال دارد، C یا Schedule F یا اظهارنامه سود و زیان سه ماه گذشته را ضمیمه کنید.

• اگر شخصی درآمدی مانند، درآمد از کار افتادگی یا بازنیستگی دارد، فتوکپی نامه های حکم یا اظهارنامه بانک را که واریز های مستقیم را نشان میدهد، ارسال دارید.

• اگر کسی پرداختی حمایت از کودک/نفره یا پرداختی حمایت همسری دریافت میکند، فتوکپی چکهای دریافت شده یا اظهارنامه از دادستان بخش حمایت خانواده برای ماه گذشته را ارسال دارید.

• اگر کسی وام دانشجوئی یا گرانت دریافت میکند، فتوکپی نامه های حکم یا مدارک وام را ارسال دارید.

بخش 6

اگر فقط برای مراقبت کودکان زیر 19 سال و یا زنان حامله فقط برای خدمات مربوط به زنان حامله درخواست میکنید، از این بخش صرفنظر کنید. و گرنه برای **تمام اشخاصی** که در بخش 2 ذکر شده اند پاسخ دهید.

اگر برای تکمیل کردن بخش 6 سئوالی دارید یا دلوایس هستید، خالی بگذارید و با اداره محلی رفاه برای کمک تماس بگیرید.

Medi-Cal قیمت خانه ای که در آن زندگی میکنید برای حساب نمیشود.

سئوال 40:

در مورد تمام پول نقدی که در دست دارید و مبالغ چکهایی که دریافت کرده اید اما نقد نشده اند، به ما بگوئید.

سئوال 41:

اگر کسی که فهرست شده است حساب چک و/یا حساب پس انداز یا بیمه نامه عمردارد، لطفاً فتوکپی های مدارک زیر را ارسال دارید:

- صورت حساب بانکی که موجودی جاری را نشان میدهد.
- فتوکپی های تمام بیمه نامه های عمر.

سئوال 42:

اگر پاسخтан آری باشد، فتوکپی ثبت نا (Vehicle registration) اتوموبیل را یا مدارک (مدارک) صورتی رنگ مالکیت اتوموبیل (Pink slip) یا تخمین (های) ارزشیابی قیمت آن از طرف منبع صلاحیت داری، مانند، بنگاه اتوموبیل یا مکانیک ارسال دارید.

سئوال 43:

اگر آری را علامت بگذارید، فتوکپی های تمام حکم های دادگاه، مدارک و موافقت نامه ها را ارسال دارید.

سئوال 44:

اگر آری را علامت بگذارید، فتوکپی بیمه نامه ها، قراردادها و قراردادهای خرید را ارسال دارید. اگر بیمه نامه شما از طرف شرکت کالیفرنیا برای مراقبت دراز مدت (California Partnership for Long-Term Care) تأیید شده است، آخرین اظهارنامه مزايا را به ما بدهید.

بخش 5

در مورد مخارج/هزینه های فهرست شده که توسط **تمام اشخاصی** که در بخش 2 نام برده شده اند، پرداخت شده، به ما اطلاعات بدهید.

اگر به علت حکم دادگاه: نفقة بچه، یا نفقة، میدهید یا هزینه حق بیمه بهداشتی-درمانی یا Medicare پرداخت میکنید، به ما بگوئید.

حق بیمه Medi-Cal Medi-Cal شما را میپردازد و هر حق بیمه دیگری را از درآمد حساب شده شما کسر میکند.

سئوال 34:

نام شخصی را که هزینه را میپردازد نام ببرید.

سئوال 35:

جمع مبلغ پرداخت شده در هر ماه را بنویسید.

سئوال 36:

هزینه پرداخت شده برای مراقبت کودک و / یا مراقبت شخص از کار افتاده وابسته را بنویسید.

سئوال 37:

سن کودک یا شخص از کار افتاده وابسته را بنویسید.

سئوال 38:

نام شخصی که هزینه را میپردازد، بنویسید.

سئوال 39:

جمع کل پرداخت شده برای هر کودک یا شخص از کار افتاده وابسته را بنویسید.



مدارک مخارج (هزینه) فهرست شده در قسمت 5 را ارسال دارید. مدارک هزینه نفقة کودک یا نفقة را ارسال دارید. برای مراقبت کودک و مراقبت شخص وابسته، فتوکپی رسیدها یا چکهای نقد شده را ارسال دارید.

سوالهای 45-47:

اگر «آری» را علامت بگذارید، ممکن است که از شما درخواست شود اطلاعات اضافی را ارائه دهید. همچنین ممکن است که فرم متمم اموال را تکمیل کنید.



مدرک تأیید وضع مهاجرت را ارسال دارید یا رسید INS که نشان میدهد برای مدرک گم شده تقاضا کرده اید. اکثر مهاجران با وجود اینکه کارت سبز یا مدرک مهاجرت نداشته باشند، میتوانند Medi-Cal کامل دریافت کنند. هر دو طرف را فتوکپی کنید و هم اکنون یا در عرض 30 روز از تاریخ تقاضانامه مدرک را ارسال دارید. اگر این مدرک را ندارید، هنوز ممکن است که برای خدمات مربوط به حاملگی یا اورژانس واجد شرائط باشد.

در مورد اشخاصی که برای Medi-Cal تقاضا نمیکنند، اطلاعات وضع مهاجرت آنها را ارائه ندهید. اطلاعات در مورد وضع مهاجرت شخصی است و محترمانه.

سوال 51:

اگر شخص در یک تأسیسات پرستار خانه (بیمارستان خصوصی-Nursing home)، محل مسکونی، یا شبانه روزی و تأسیسات مراقبت دهنده هستند به ما بگوئید. اگر «آری» را علامت بگذارید نام تأسیسات را به ما بگوئید.



سوال 52:

اگر شخص پوشش بیمه بهداشتی-درمانی دیگری دارد، خانه مربوطه را علامت بگذارید.

شما میتوانید Medi-Cal دریافت کنید و همچنین پوشش بهداشتی-درمانی دریافت کنید.

Medi-Cal ممکن است که چیزی را که پوشش بهداشتی-درمانی دیگر شما تحت پوشش ندارد، قبول کند.

بخش 7

فقط برای اشخاصی که Medi-Cal میخواهند پاسخ بدهید.

سوال 48:

شماره سوشل سکیوریتی هر شخصی که برای مزایای Medi-Cal تقاضا میکند لازم است. اگر شماره سوشل سکیوریتی ندارید، در فرستادن این تقاضانامه تأخیر نکنید. شما میتوانید هم اکنون تقاضا کنید و شماره خود را در عرض 60 روز به ما بدهید.

خدمات مراقبت حاملگی و در موقع اورژانس ممکن است به اشخاصی که شماره سوشل سکیوریتی ندارند درسترس باشد.

برای کسب اطلاعات در مورد چگونگی تقاضی شماره سوشل سکیوریتی با مدیرست سوشل سکیوریتی با شماره رایگان 1-800-772-1213 تماس بگیرید.

سوال 49:

مکان تولد برای هر شخص را بنویسید. اگر در ایالات متحده بدنی آمده اند، نام ایالت را بنویسید. اگر خارج از آمریکا متولد شده اند، نام کشور را بنویسید.

سوال 50:

«آری» یا «خیر» را علامت بگذارید اگر شخص شهروند آمریکا یا دارای ملت آمریکائی باشد.

اطلاعات در مورد وضع مهاجرت را در باره اشخاصی که برای پوشش بهداشتی-درمانی تقاضا میکنند را ارائه دهید. برای اشخاصی که تقاضا نمیکنند اطلاعات ارائه ندهید. ایالت از این اطلاعات فقط برای تعیین واجد شرائط بودن استفاده میکند. اطلاعات در مورد وضع مهاجرت شخصی و محترمانه هستند.

مهاجرانی که تمام شرائط مهاجرت را دارا هستند، ممکن است که مزایای کامل Medi-Cal دریافت میکنند. مهاجران مستند نشده میتوانند خدمات مربوط به حاملگی و اورژانس را دریافت کنند.

بخش 7

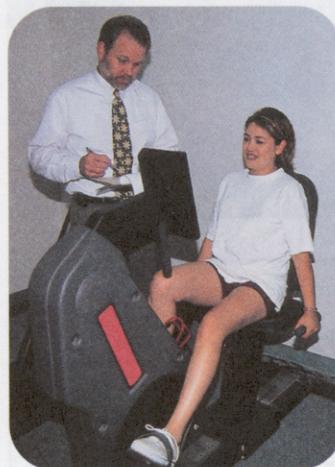
ادامه

سوال 53:

اگر «آری» را علامت بگذارید، Medi-Cal ممکن است که کمک کند تا قسمتی یا تمام هزینه پرداخت شده یا نشده پزشکی در مدت 3 ماه قبل از تقاضا کردن را بپردازد.

سوال 54:

اگر شخصی بعلت تصادف یا
صدمه، بیمه کارگری، یا
تصادف اتوموبیل اقدام به
پرونده دادگاهی کرده باشد
«آری» را علامت بگذارید.



سوال 55:

خانه (ها) را علامت بگذارید،
اگر شخص، همسر یا والد شخص
در ارتش آمریکا است یا بوده.
ما این اطلاعات را میپرسیم تا ببینیم که آیا
میتوانید خدمات یا مزایای دیگری را نیز دریافت کنید.

سوال 56 (انتخابی):

شما میتوانید انتخاب کنید که قومیت (نژاد) را برای هر شخصی
وارد کنید. این اطلاعات فقط برای مقاضد آماری استفاده میشود
و بر روی واجد شرائط بودن Medi-Cal شما هیچ تأثیری ندارد.



سوال 57:

اگر شخص به مدرسه میرود خانه مربوط را علامت بگذارید.
شخص زیر 12 سال اگر به مدرسه میرود درآمدش ممکن است که
به حساب نیاید.

سوال 58:

اگر شخص دور از خانه زندگی میکند، دور از خانه به مدرسه
میرود، یا در خارج از شهر کار میکند، به ما بگوئید.

بخش 8

واگذاری اطلاعات (انتخابی)

سوال 59:

اگر یک یا دو نفر از اعضاء خانواده تقاضا میکنند و برای برنامه Medi-Cal واجد شرائط نیستند، «آری» را علامت بگذارید و اداره محلی رفاه این تقاضانامه را برای شما به برنامه فزخعه صُنْعَ Healthy Families Program ارسال میدارد.

برنامه Healthy Families Program پوشش جامع بهداشتی-درمانی، دندانپزشکی، و بینائی در دسترس میگذارد.
1-800-880-5305
برای کسب اطلاعات بیشتر با شماره تلفن تماس بگیرید یا از وب سایت ما در نشانی www.healthyfamilies.ca.gov دیدن کنید.

سوال 60:

اگر این قسمت را پر کنید، شما به اداره محلی رفاه میگوئید که دادن اطلاعات در مورد تقاضانامه شما به شخصی که نام برده اید اشکالی ندارد.

بخش 9

به صفحه 7 مراجعه کنید

چه کسی میتواند این تقاضانامه را امضاء کند؟

- شخصی Medi-Cal میخواهد، یا همسر شخصی که Medi-Cal میخواهد.
- حافظ، قیم وصی، یا مراقبت کننده کودکی که Medi-Cal میخواهد.
- شخصی که در قبال کس دیگری که Medi-Cal میخواهد و محجور میباشد، در کوما (Comatose) به سر میبرد، یا از بیماری فراموشی رنج میبرد (Amnesia) و همسری، حافظی، قیم یا وصی وجود ندارد، عمل میکند.
- شخص بین 14 تا 21 سال میباشد و با والدین، مراقبت دهنده خویشاوند، یا پدر-مادر خوانده زندگی نمیکند.
- شخصی که بین 14 تا 21 سال میباشد و درخواست خدمات اجازه صغير را میکند.

سوال 61:

قوانین ایالتی و فدرال ملزم میدارند که امضاء شما باید در فرم این تقاضانامه قرار بگیرد. امضاء شما در این قسمت نشان میدهد که اظهار نامه و پاسخهایتان صادقانه و مدارکی را که ارائه داده اید درست و صحیح میباشد.



اظهاریه خصوصی بودن Medi-Cal

قانون انجام اطلاعات سال 1977 (Information Practices Act of 1977) و قانون فدرال خصوصی بودن (Federal Privacy Act) مقرر میدارد که اداره خدمات بهداشتی اطلاعات زیر را ارائه دهد. قانون رفاه و نهادها بخش 14011 (Welfare and Institutions Code Section 14011) و مقررات عنوان Medi-Cal (Title 22, CCR) مقرر میدارد که مقاضیان برای برنامه اطلاعات واحد شرائط بودن درخواست شده در این درخواست نامه را ارائه دهند.

این اطلاعات ممکن است که با دولت فدرال، ایالت، و سازمانهای محلی بمنظور تأیید واحد شرائط بودن و مقاصد دیگر مربوط به اداره برنامه Medi-Cal سهیم گردد، از جمله، تأیید آنها با اداره مهاجرت (INS) برای وضع مهاجرتی فقط آنهایی که درخواست مزایای Medi-Cal کامل میکنند. قانون فدرال میگوید که اداره مهاجرت-INS غیر از برای موارد کلاه برداری از این اطلاعات در مورد چیز دیگری نمیتواند استفاده کند). از این اطلاعات برای به چریان اندختن ادعاهای کارت های هویت مزایا (Benefits Identification Cards-BICs) استفاده میشود. کوتاهی کردن از ارائه اطلاعات مقرر شده ممکن است که به رد شدن درخواست نامه منجر شود.



اطلاعات مقرر شده توسط این فورم اجباری میباشد، غیر از اطلاعات در مورد قومیت، و هر قلم اطلاعاتی که به عنوان داوطلبانه یا انتخابی مشخص شده باشد. شماره های سوישل سکیوریتی طبق بخش 1137(a)(1) قانون سوישل سکیوریتی و طبق قانون و قانون 14011.2 رفاه و نهادها.

(Section 1137(a)(1) of Social Security Act and by Welfare and Institutions Code Section 14011.2) مگر اینکه فقط برای مزایای مربوط به موارد اضطراری یا حاملگی درخواست میکنند.

یک فرد حق دارد که به پرونده ای که دارای اطلاعات شخصی ایشان میباشد و توسط اداره خدمات بهداشتی حفظ میشوند، دسترسی داشته باشد.

برای درخواست پرونده خود با اداره محلی رفاه خود تماس بگیرید.

اطهاریه محرومانه بودن Medi-Cal

اطلاعات ارائه شده در این تقاضانامه طبق قانون 14100.2 رفاه و نهادها (Welfare and Institutions Code 14100.2) خصوصی و محرومانه باقی خواهد ماند.

اطلاعات فقط بر طبق آن قوانین آشکار خواهد شد.

حقوق، مسئولیتها و اظهاریه های Medi-Cal

من حق دارم که:

- با من عادلانه و به تساوی، بدون توجه به نژاد، رنگ پوست، مذهب، منشاء ملیت، جنسیت، سن، یا باورهای سیاسی من رفتار شود.
- درخواست مترجم بکنم.
- اگر فکر میکنم که تصمیمی که در مورد Medi-Cal من اتخاذ شده است منصفانه نیست یا اشتباه میباشد، درخواست جلسه استماع عادلانه را بکنم. درخواست برای جلسه استماع را در عرض 90 روز پس از اینکه «اعلامیه به اقدام—Notice of Action» را دریافت کردم، باید اقدام کنم. برای کسب اطلاعات در مورد جلسه استماع عادلانه Medi-Cal با شماره رایگان 1-800-952-5253 تلفن کنید.
- مصطفحه رخ-به-رخ.
- مرور برنامه های Medi-Cal و کتاب های راهنمای.

من نسبت به نکات زیر مسئولیت دارم:

- در صورتی که تغییری در اطلاعات واگذار شده در این درخواست نامه صورت بگیرد، در عرض 10 روز گزارش دهم.
- اگر عضوی از خانواده برای مزایای از کار افتادگی درخواست کند، در نهاد عمومی، یا به علت تصادفی یا صدمه ای که توسط شخص دیگری رخ داده باشد خدمات پزشکی دریافت میکند، اداره محلی رفاه را مطلع سازم.
- در صورتی که پرونده من مرور شود همکاری کنم.
- برای درآمد موجود تقاضا کنم.
- با تصمیمات مربوطه اقامه دعوی پدری و به اجرا در آوردن کوششهای حمایت پزشکی همکاری کنم.
- واگذاری حقوق حمایت پزشکی به ایالت کالیفرنیا.
- واگذاری حقوق حمایت پزشکی شخص ثالث به ایالت کالیفرنیا.

من متوجه هستم که:

- به عنوان شرط واحد شرائط بودن Medi-Cal، تمام حقوق برای حمایت پزشکی بطور اتوماتیک به ایالت کالیفرنیا واگذار میکنم.
- اگر اطلاعات لازمه را عمدآ را ارائه ندهم، متوجه هستم که مزایا ممکن است که رد یا قطع شوند و ممکن است که بازپرداختی لازم باشد. و برای کلاهبرداری ممکن است که تحت تعقیب قرار بگیرم.
- اشخاصی را که برایشان درخواست میکنم در زندان (jail or prison)، یا در هر تمهیلات تأثیبی نیستند.
- پس از مرگ من، ایالت حق دارد که از ماترک من برای تمام مزایای Medi-Cal که پس از سن 55 سالگی دریافت کنم درخواست باز پرداخت را بکند، مگر اینکه همسری، کودک (ان) صافیر، یا کودکان (کودکانی) که کاملاً از کار افتاده یا نابینا باشند جزو بازماندگان من باشند (باشند).
- اگر به تمهیلات پرستاری پذیرفته شوم، و هیچ قصدی برای برگشت به خانه خود را نداشته باشم، ایالت ممکن است که بر روی ملک من حق جبس مال بگذارد.



تدارک دیده توسط ایالت کالیفرنیا

